

## FICHE AUDIT ZOLL « AED 3 »

**Société** (Collectivité, administration, entreprise...) :

**Adresse :**

**Adresse du défibrillateur si différente :**

**Emplacement du DAE** (hall d'entrée, sous l'escalier B, salle de réunion...) :

**Nom du référent :**

**Adresse email :**

**Téléphone :**

**Portable :**



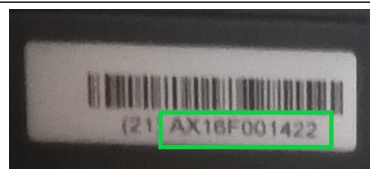
**Marque et Type :**

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : DSA Zoll AED 3

En précisant si Entièrement Automatique « DEA » ou Semi « DSA »)

**Numéro de série du défibrillateur :**

(A l'arrière du défibrillateur. Ex : S/N AX16F001422)



L'indicateur du défibrillateur « coche verte » est présent : Oui / Non



**Date de la mise en service :** ...../...../.....

(Si inconnue, nous transmettre la date d'achat) :

**Date de péremption et n° lot des électrodes thérapeutiques « adulte »**

Date : Lot :

Cochez la référence : 8900-0002-60  8900-0002-70  8900-0002-80  Autre, précisez  : .....

**Date de péremption et n° lot des électrodes « pédiatriques »** (Non systématique car il est équipé d'un bouton pédiatrique)

Date : Lot :

Référence :

**Date du dernier changement de la batterie :**

**Numéro de série de la pile :**

**Install By de la pile :**

**Numéro de la version :**

(Pour obtenir la version. Il faut retirer la pile et attendre quelques secondes avant de la réinsérer. Une fois l'écran affiché, appuyez sur le bouton « i », en bas à gauche. Elle sera notée sur la seconde ligne. Exemple : 01.03.203.4787)

**Capacité de la pile :**

(Pour obtenir la capacité de la pile. Il faut retirer la pile et attendre quelques secondes avant de la réinsérer. Une fois l'écran affiché, appuyez sur le bouton « i », en bas à gauche. Elle sera notée sur la cinquième ligne. Exemple : 72%)

**Le défibrillateur est stocké en permanence entre 5°C et 45°C :** Oui / Non

(Boîtier non exposé au soleil, ventilant, chauffant et alimenté pour les extérieurs, emplacement chauffé l'hiver pour les intérieurs...)

**Cochez l'installation :** Extérieur  Intérieur

**Présence d'un PC Sécurité :** Oui / Non **Présence d'un accueil :** Oui / Non

**DAE Accessible 24h/24h et 7j/7j :** Oui / Non Si la réponse est « Non » merci de préciser les jours et horaires d'accès au DAE :

**Date :**

**Nom :**

**Signature Client / Référent :**

